

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

543

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Ernest MORVAN

Né le 8 Décembre 1909, à TRÉBOUL (Finistère)

Ancien Interne des Hôpitaux de Caen et de Brest

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PRÉSENTATIONS PRIMITIVES DE LA FACE

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1936

ANNEE 1936
—

THÈSE

N° _____
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Ernest MORVAN

Né le 8 Décembre 1909, à TRÉBOUL (Finistère)

Ancien Interne des Hôpitaux de Caen et de Brest

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PRÉSENTATIONS PRIMITIVES DE LA FACE

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1936

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LA VASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGEK.
Clinique médicale	Maur. VILLARET.
Hygiène et clinique de la première enfance	LOEPER.
Clinique des maladies des enfants	CARNOT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLERC.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Marcel LABBE.
Clinique des maladies du système nerveux	LEREBOULLET.
Clinique des maladies infectieuses	NOBÉCOURT.
Clinique chirurgicale	H. CLAUDE.
Clinique ophtalmologique	GOUGEROT.
Clinique urologique	GUILLAIN.
Clinique d'accouchements	LEMIERRE.
Clinique gynécologique	CUNEO.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GOSSET.
Clinique thérapeutique médicale	GREGOIRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LENORMANT.
Clinique thérapeutique chirurgicale	TERRIEN.
Clinique propédeutique	MARION.
Clinique de la Tuberculose	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	COUVELAIRE.
Professeurs sans chaire	JEANNIN.
	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	SERGEANT.
	BEZANCON.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique
DOGNON	Physique.	JOANNON	Hygiène.
FEY	Urologie.	LABBE Henri..	Chimie biologique.
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOL..	Obstétrique.
DE GAUDART	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
D'ALLAINES			



MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE.	
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLÉRY-RADOT	
(Pasteur).	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	} Clinique obstétricale
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
N	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON GRAND-PERE

A MA MERE, A MON PERE

Hommage d'affectueuse reconnaissance.

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

AUX DOCTEURS JOURDAN et TEYSSANDIER

Mes bons amis.

A MES CAMARADES

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur JEANNIN

*En le remerciant du très grand
honneur qu'il m'a fait en acceptant
de présider cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur LEVANT

*Qui a bien voulu nous inspirer le
sujet de cette thèse.*

*Avec l'expression de notre pro-
fonde reconnaissance pour le sympa-
thique accueil qu'il nous a réservé, et
les excellents enseignements qu'il
nous a donnés dans son service.*

A NOS MAÎTRES DES HOSPICES CIVILS DE CAEN

Au Docteur POULIQUEN :

Au Docteur QUELME

*Nos Maîtres des Hospices civils de
Brest.*

INTRODUCTION

Inspiré par notre maître le Docteur Levant, nous avons conçu ce travail en nous laissant guider par l'intérêt que semblait devoir présenter l'acquisition d'un nouveau moyen d'exploration : la radiologie.

Ce mode d'examen a permis d'affirmer la réalité des présentations céphaliques défléchies avant tout début de travail : des présentations primitives de la face. Mis en œuvre pendant la grossesse chez des femmes ayant eu par la suite un accouchement par la face, il aurait pu montrer que les présentations primitives ne sont peut-être pas aussi exceptionnelles que l'on ne l'admet aujourd'hui, mais que méconnues avant le travail, elles sont considérées comme secondaires au cours de l'accouchement.

L'examen radiologique a contribué à l'étude étiologique des présentations de la face en révélant leur existence dans des cas où n'existait aucune malformation utérine ou pelvienne et où l'intégrité anatomique du fœtus fut constatée. A l'encontre de la plupart des exemples classiques où sont invoquées de multiples causes favorisant ou provoquant la déflexion de la tête fœtale au niveau du détroit supérieur, il nous a été possible de recueillir quelques observations

de présentations primitives de la face chez des gestantes parfaitement constituées et ayant mis au monde des enfants normaux.

Ce point particulier retiendra plus longuement notre attention au cours de notre travail.

Nous étudierons successivement l'historique des présentations de la face, leur fréquence, les caractères cliniques, les caractères radiologiques, l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et la conduite à tenir.

HISTORIQUE DES PRESENTATIONS DE LA FACE

La présentation de la face et celle du front ont été confondues pendant longtemps. Pourtant ces deux régions du fœtus répondent à la définition du mot présentation : l'une et l'autre viennent se mettre en rapport avec l'aire du détroit supérieur, sont assez volumineuses pour remplir à peu près l'excavation lors de l'engagement et évoluent pendant le travail suivant un mécanisme spécial.

Hippocrate et les anciens auteurs redoutaient particulièrement la présentation de la face. Au XVI^e siècle, Louise Bourgeois décrit avec force détails les phénomènes plastiques qu'elle a observés et qui entraînent un pronostic sévère pour le fœtus. Au XVII^e siècle, Paul Portal, premier compagnon chirurgien gagnant maîtrise à l'Hôtel-Dieu, ne partage pas ce pessimisme : il a pratiqué « heureusement » plusieurs accouchements et il ne signale que la « tête noire et tuméfiée de l'enfant ». Puis Mauriceau, en 1668, Boer, en 1792, estiment que l'évolution spontanée d'une présentation de la face est exceptionnelle, et sous leur influence, Dionis, Smellie, Viardel, de la Motte, Baudelocque, Capuron s'efforcent de transformer cette

présentation en sommet. En cas d'échec, ils essaient une version podalique. Au début du XIX^e siècle, nous assistons à un revirement complet dans les idées obstétricales sous l'impulsion de Mme Lachapelle, qui affirme que l'accouchement par la face est « au moins » aussi facile que par le sommet.

Actuellement la plupart des accoucheurs pensent que le pronostic maternel est habituellement bon, bien qu'assombri par des interventions relativement fréquentes, mais que le pronostic fœtal, s'il est moins bon que dans les présentations du sommet, puisque la mortalité est de 8 à 12 pour 100, n'a pas la gravité que lui attribuaient les anciens auteurs.

Si le pronostic de l'accouchement par la face a donné lieu à de longues discussions, la classification des variétés de présentations céphaliques défléchies a elle aussi été sujet à controverses.

Ces présentations sont-elles primitives, c'est-à-dire constituées pendant la grossesse, avant tout début de travail, ou bien secondaires, résultant de la modification d'une autre présentation au cours du travail ?

Mme Lachapelle avait démontré que la présentation de la face pouvait être primitive en rapportant deux autopsies de femmes mortes à la fin de leur grossesse et ayant une semblable présentation. Cette opinion a été battue en brèche et l'existence de la présentation primitive de la face niée par de nombreux auteurs, au premier rang desquels il faut citer : Baudelocque, Chailly, Hubert, Duncan, Pinard. Ils considèrent les présentations de la face comme un accident du travail

plus ou moins en rapport avec une viciation pelvienne. Puis un certain nombre d'observations plus récentes, telles que celles de Noegele, de Bar, du professeur Brindeau, de Lequeux, sont venues confirmer l'existence des présentations primitives. Certains auteurs ont cependant pensé qu'il s'agissait en réalité de présentations précoces, apparaissant dans les derniers jours de la grossesse sous l'influence des contractions indolentes de l'avant travail (Bar).

Ce mécanisme, s'il peut être envisagé, ne saurait être seul en cause dans les cas de présentations primitives de la face survenant en dehors de toute malformation fœtale ou maternelle ; en effet, comme nous le verrons dans une de nos observations, l'existence d'une présentation de la face a pu être mise en évidence dès le 8^e mois.

FREQUENCE DES PRESENTATIONS DE LA FACE

Les présentations de la face sont rares. Tous les auteurs sont d'accord pour la considérer comme étant la plus rare après la présentation du front.

Mme Boivin, sur 20.517 accouchements, trouve 97 faces, soit 1 sur 211. Mme Lachapelle, sur 15.652 accouchements, trouve 72 faces, soit 1 sur 217. Dubois note 85 faces sur 24.539 cas, soit 1 sur 289. Pinard, dans une statistique dressée sur les registres de la Maternité, relève, sur 81.711 accouchements, 330 faces, soit 1 sur 247. Petitjean, sur 9.839 accouchements faits à la Clinique Baudelocque, de 1900 à 1904, trouve 46 faces, soit 1 sur 213. Chevalier trouve 50 présentations de la face sur 13.034 accouchements pratiqués à la Clinique Tarnier, soit 1 sur 260. Rosenfeld, sur 19.270 accouchements, note 81 présentations de la face à la Maternité de Lariboisière, soit 1 sur 238.

Les traités classiques donnent la proportion de 1 face sur 250 accouchements.

Parmi ces présentations de la face, quelle est la part des présentations primitives ? Il nous est impossible d'en fixer la proportion. Elles sont exceptionnelles, certes, mais peut-être qu'un certain nombre de présen-

tations secondaires ne sont-elles que des présentations primitives méconnues faute d'un examen radiologique. De plus, beaucoup de femmes, dont le nombre a diminué dans des proportions considérables au cours de ces dernières années, entrent dans les services d'accouchement avec un début de travail et ont négligé de se faire examiner auparavant. D'autre part, le diagnostic de présentation de la face peut échapper au cours d'un examen rapide, et on porte le diagnostic de sommet, et dans les cas difficiles, celui de tête en bas.

Ceci nous expliquerait pourquoi la présentation primitive de la face n'a pas été observée plus souvent.

ETUDE CLINIQUE

Nous n'étudierons les présentations de la face qu'avant tout début de travail.

On peut être amené à penser à une présentation de la face lorsque le palper montre qu'il s'agit d'une présentation élevée et souvent mobile : non seulement elle présente les caractères d'un pôle céphalique, mais on reconnaît l'existence d'un pôle volumineux et des petits membres occupant le fond utérin et on localise le plan dorsal. Ce sont les caractères un peu particuliers du pôle céphalique qui permettent, lorsque l'examen est facile, de pressentir ou parfois même d'affirmer qu'il s'agit d'une présentation de la face. En effet, on sent au-dessus du détroit supérieur « une tumeur qui paraît n'occuper qu'un côté ou plutôt qu'une moitié du bassin ; très arrondie, très volumineuse, très accessible d'un côté, elle manque de l'autre » (Pinard).

Cependant Budin insiste sur le fait qu'on peut parfois arriver à sentir du côté opposé à l'occiput, en enfonçant les doigts vers l'excavation, une saillie en fer à cheval, constituée par le maxillaire inférieur.

Au-dessus, du côté qui correspond à l'occiput, on trouve le dos qui est séparé de la tête par une encoche

profonde en coup de hache : le sinus de la nuque. Dans aucune autre présentation (sommet ou front) cette encoche ne saurait être aussi marquée ; elle constitue à la fois le signe le plus facile à percevoir et le signe de plus grande probabilité.

Le toucher vaginal, avant tout début de travail, ne fournit qu'un minimum de renseignements, gêné qu'il peut être par le segment inférieur, et surtout par l'élévation de la présentation. Cependant, dans certains cas, et en particulier dans une observation rapportée par Anderodias, le toucher peut être d'autant plus affirmatif qu'on peut reconnaître fort bien les caractères particuliers de la face à travers un segment inférieur très aminci. Ces repères fondamentaux sont :

— La suture intercoronale, aboutissant à la fontanelle antérieure d'une part, à la racine du nez d'autre part.

— La racine du nez, flanquée de chaque côté par les arcades orbitaires.

— La pyramide nasale, terminée à sa base par deux orifices symétriques : les narines.

— L'arc maxillaire inférieur (repère de certitude de la présentation de la face).

Mais c'est là une éventualité exceptionnelle et le plus souvent le diagnostic ne peut être que pressenti par l'examen clinique.

Tous ces signes cliniques se précisent au cours du travail : nous en arrivons à la symptomatologie classique de toutes les présentations de la face, que nous n'envisageons pas dans cette étude.

CARACTERES RADIOLOGIQUES DES PRESENTATIONS DE LA FACE

Dès la découverte de Roentgen, on tenta d'obtenir des radiographies du squelette fœtal. C'est en effet en 1896 que Varnier communiqua les résultats de ses premières recherches entreprises à la Clinique Baudelocque, avec la collaboration technique de Vaillant.

Les espoirs conçus à cette époque furent longs à se réaliser. C'est en 1900 et 1901 que Bouchacourt, puis Fochier parvinrent à obtenir quelques ombres fœtales encore bien vagues.

En réalité, c'est seulement à partir de 1910 que les perfectionnements de la technique et de l'outillage permirent d'obtenir de véritables radiographies fœtales. Fabre, Barjon et Trillat à Lyon, Potocki, Delherm et Laquerrière à Paris obtinrent dès cette époque des clichés qui présentaient déjà une grande richesse de détails. Depuis, de nombreux auteurs ont repris cette question et la radiographie du fœtus est de pratique courante.

Nous passerons sous silence le radio-diagnostic de la grossesse avant l'apparition des signes cliniques de la vie fœtale, le radio-diagnostic des gestations multiples ou pathologiques pour insister sur l'image radiologique de la tête fœtale défléchie.

Si le degré de flexion de la tête s'apprécie par l'examen de l'image radiographique du massif facial qui se dessine très nettement sur la plaque par l'image des deux orbites, de la région nasale et surtout de l'angle, non soudé à son sommet, du maxillaire inférieur, dans la présentation de la face, le squelette facial est la partie de la tête la plus éloignée de la plaque et assez difficile à retrouver.

Par contre le maxillaire inférieur est très visible au niveau même du contour céphalique et non à son intérieur ; l'occiput est au voisinage de la colonne vertébrale et les vertèbres cervicales présentent une courbure, parfois même une véritable plicature, s'opposant à la courbure dorsale.

Dans ce cas de présentation céphalique défléchie, c'est le sommet de l'angle du maxillaire qui indique la variété de position. C'est un point important à retenir, car la conduite à tenir sera différente, selon que la face se sera engagée en mento-antérieure ou en mento-postérieure.

ETIOLOGIE DES PRESENTATIONS DE LA FACE

De nombreuses causes ont été invoquées pour expliquer la déflexion de la tête fœtale.

Nous les diviserons en trois chapitres :

Les causes maternelles.

Les causes fœtales.

Les causes ovulaires.

I. — Causes maternelles

a) La parité. Certains auteurs, Spaeth, Braun, trouvaient plus fréquemment des présentations de la face chez les primipares. De nombreuses statistiques sont venues plaider en faveur de la multiparité, qui est généralement admise comme cause favorisant la présentation de la face.

b) Rétrécissements du bassin. On a pu dire que la présentation de la face était la présentation des bassins légèrement plats ; comme les autres viciations pelviennes, ceci est surtout vrai pour les présentations secondaires.

c) Tumeurs du bassin proevia. Fristsch a rapporté deux cas dans lesquels un fibrome intra-mural a été cause de présentation de la face et Ahfeld a vu la

plénitude vésicale déterminer une telle présentation.

d) Paralysie partielle et localisée dans une région du segment inférieur qui, se contractant sur l'occiput seulement, peut entraîner une déflexion de la tête fœtale. Cette cause est fort discutée, certains auteurs considèrent cette paralysie localisée plutôt comme une conséquence.

e) Obliquité utérine dans le plan frontal.

Nous insisterons particulièrement sur cette cause : car nous la trouvons signalée dans nos observations.

Si l'on considère la face antérieure de l'utérus au voisinage du terme de la grossesse, on s'aperçoit que l'axe longitudinal de cette face ne coïncide pas avec l'axe vertical et médian du corps, mais qu'il décrit avec ce dernier, un angle aigu à sinus supérieur. Dans la très grande majorité des cas, l'axe utérin est à droite du plan médian. D'après Pajot et Paul Dubois, en effet, cette obliquité utérine répond aux proportions suivantes :

Sur 100 cas, l'axe de l'utérus était :

20 fois dans le plan médian ;

4 fois à gauche du plan médian ;

76 fois à droite du plan médian.

C'est Deventer qui, le premier, mit en cause l'obliquité utérine. Mais par quel mécanisme cette conformation, favorisant la butée du front contre la margelle, envoyant le dos contre l'occiput, relève d'autant le menton ?

Duncan a insisté sur ce fait que l'obliquité de la matrice prédispose à la déflexion du fœtus lorsque le

fond de l'organe est dévié du côté où se trouve l'occiput ; le fond utérin entraîne dans son mouvement le tronc fœtal, en éloignant le menton du sternum et favorisant ainsi la déflexion de la tête.

D'après Schröder, les présentations obliques du fœtus avec ventres dirigés en bas subissent une évolution analogue ; l'utérus relâché s'est incliné latéralement avec le siège du fœtus, la tête a dévié sur l'os iliaque gauche habituellement. Au début du travail l'utérus se redresse, et devenu ferme et tendu, regagne la ligne médiane en y ramenant aussi le tronc fœtal ; si la tête suit ce mouvement et revient sur le détroit supérieur, la présentation oblique se transforme en une présentation ordinaire de l'occiput. Mais si le mouvement de rétablissement de la tête est moins étendu que celui de redressement du tronc, le menton s'éloigne nécessairement du sternum, amorçant ainsi la déflexion de la tête, que chaque douleur va renforcer en amenant finalement la descente complète de la face.

Cette obliquité utérine s'accompagne souvent d'un léger mouvement de rotation de l'organe autour de son axe vertical, dont le résultat est d'orienter la face antérieure du côté vers lequel l'organe est incliné : ce sera donc généralement une dextro-torsion.

Dans les deux observations rapportées par MM. M. Surcau, P. Walther et Mathivat, existait une déviation marquée de l'utérus. Peut-être s'agissait-il d'utérus présentant un certain degré de malformation, sorte

d'utérus unicornes, imprimant par leur forme même au fœtus une incurvation très prononcée du rachis avec déflexion de l'extrémité céphalique.

II. — Causes fœtales

a) L'augmentation du poids de l'enfant a été invoquée par Hecker, Winckel, Pinard. Dans leur manuel d'accouchement, Demelin et Devraigne donnent les proportions suivantes :

Enfants de poids normal : 4 faces pour 1.000 accouchements ;

Enfants de poids de 4.000 à 5.000 gr. : 20 faces pour 1.000 accouchements.

b) La dolichocéphalie : Hecker en faisait une cause primordiale de présentation de la face. Dans 43 faces, il avait trouvé, pour le diamètre transversal, une augmentation moyenne de 4 à 5 millimètres. Mais Tarnier, Chantreuil, Budin pensent que la dolichocéphalie serait une conséquence du passage de la tête au travers de la filière pelvienne et pour eux l'allongement du bras de levier postérieur de la tête est un effet, et non plus une cause de déflexion du pôle céphalique. Nous rapporterons une observation de Fleurent, où il apporte la preuve du contraire.

c) Déformations pathologiques : les tumeurs du cou et les tumeurs de la partie supérieure du thorax, en empêchant le menton de se fléchir pour arriver au contact du sternum, peuvent entraîner une présenta-

tion de la face : les goîtres congénitaux, l'hypertrophie du corps thyroïde, les tumeurs d'origine embryonnaire, et principalement les branchiomes.

Le Professeur Bar a signalé une présentation de la face provoquée par une grenouillette. Des causes diverses ont été citées : méningocèle, malformations vertébrales, méningites congénitales qui, pour Rabaud, s'observeraient chez les fœtus acraniens ou anencéphales.

d) Déformations physiologiques. Il est probable qu'il s'agit parfois d'une attitude active du fœtus tenant à une hypertonie des muscles de la nuque ou parfois à une hypotonie de certains groupes musculaires antagonistes.

Brouha, Wery et Kridelka ont observé une présentation du siège complet où le fœtus portait la tête en hyperextension, position radiologiquement confirmée.

Dans les observations que nous avons recueillies, deux fois la présentation de la face a été décrite chez des femmes ayant un bassin légèrement touché : ces rétrécissements pelviens ne peuvent expliquer l'attitude anormale du fœtus, puisque la tête très élevée et mobile n'avait pas pris contact avec l'aire du détroit supérieur.

III. — Causes ovulaires

a) Gemellité : un des fœtus, soit le premier, soit le second, peut se présenter par la face ;

b) L'hydramnios, empêchant l'accommodation prédispose aux présentations vicieuses ;

c) L'insertion basse du placenta : le placenta agit alors comme une tumeur *prævia* ;

d) La brièveté du cordon, soit réelle, soit due à des circulaires, peut empêcher la tête de descendre d'aplomb sur le détroit supérieur, soit en empêchant la flexion, soit en favorisant la déflexion.

En somme, dans les présentations primitives de la face, la multiparité, le rétrécissement du bassin maternel, le poids de l'enfant ne peuvent guère jouer de rôle. Il faut en chercher la cause du côté d'une anomalie de l'utérus (obliquité, malformation, fibrome) ou du côté du fœtus (dolichocéphalie, tumeurs cervicales ou déformation en attitude extensive).

OBSERVATIONS

Obs. I. (SUREAU, WALTHER et MATHIVAT).

Mme D... a eu une première gestation qui s'est terminée en janvier 1935 par une fausse-couche spontanée de 3 mois.

Ses dernières règles datent du 6 au 10 avril 1935. Vers le 7^e mois de cette deuxième grossesse, l'examen a permis les constatations suivantes : déviation marquée de l'utérus vers la droite, l'extrémité céphalique tendant à occuper la fosse iliaque gauche. Très léger rétrécissement du bassin aplati dans le sens antéro-postérieur ; l'excavation est normalement concave.

Le 3 janvier, la grossesse étant alors de huit mois et demi environ, un palper indique que l'extrémité céphalique est très élevée et qu'il existe entre l'occiput et le dos situé à droite, une dépression des plus nettes, un coup de hache caractéristique des présentations défléchies. On note que l'utérus est toujours nettement en latéro-position droite, le fond étant situé dans l'hypocondre droit.

Une radiographie, aussitôt pratiquée, confirme

l'existence d'une présentation de la face et permet de remarquer une incurvation vertébrale considérable et la position de la tête au centre du bassin en position élevée. On ne décèle aucune malformation osseuse, ni au niveau de la colonne cervicale du fœtus, ni au niveau du thorax.

Le travail débute le 16 janvier dans la soirée, l'effacement et la dilatation du col s'effectuent régulièrement, de telle sorte que le 17 janvier, à 16 h. 30, la dilatation est complète. On rompt les membranes. La présentation de la face en mento-iliaque gauche transverse est toujours élevée.

Au bout d'une heure, on constate que les contractions s'espacent et diminuent de durée, la femme est fatiguée. Un nouvel examen montre qu'il n'y a eu aucune progression de la tête fœtale. Dans ces conditions on décide d'intervenir. Etant donné la souplesse parfaite de l'utérus, une version par manœuvres internes paraît indiquée : la saisie des pieds, l'évolution du fœtus ne présentent aucune difficulté. Par contre, l'extraction de la tête dernière nécessite une manœuvre de Champetier, qui est fatale à l'enfant (poids de l'enfant : 2.900 gr.).

La délivrance a été naturelle, complète (poids du placenta : 480 gr.).

Les suites de couches ont été normales. L'examen du crâne de l'enfant n'a pas permis de constater de dolichocéphalie.

Obs. II. (SUREAU, WALTHER et MATHIVAT).

Mme R... a eu une fausse couche spontanée au terme de 4 mois en 1931.

Elle entre à la Maternité de Saint-Antoine pour sa deuxième gestation, le 2 mai 1935. Dernières règles terminées le 30 juillet 1934.

L'examen pratiqué dans le Service permet de reconnaître au palper l'existence d'une présentation céphalique défléchie avec une saillie volumineuse de l'occiput à gauche, surmontée d'une dépression en coup de hache. Cette présentation avait pris simplement contact avec le détroit supérieur, l'utérus est latéroversé vers la gauche : le fond de l'utérus étant situé dans l'hypochondre gauche.

Une radiographie faite aussitôt confirme le diagnostic de présentation de la face.

Le travail débute le 8 mai, à 20 heures. L'engagement se fait en mento-iliaque droite postérieure. Après 15 heures d'un travail régulier on assiste à l'accouchement spontané d'un enfant vivant de 4.100 grammes, ne présentant aucune anomalie.

La délivrance a été naturelle (poids du placenta : 680 gr.). Les suites de couches ont été absolument normales.

L'examen du crâne de l'enfant a donné les dimensions suivantes :

Occipito-mentonnier	13,6
Occipito-frontal	12
Bi-pariétal	9,1

Bi-temporal	8,3
Sous-occipito-bregmatique	9
Sous-occipito-frontal	11,6
Sous-mento-bregmatique	10,9

Obs. III. (BROUHA, WÉRY et KRIDELKA).

Troisième pare dont les antécédents ne présentent rien de particulier. Premiers pas à l'âge de 13 mois. Ses deux accouchements précédents ont eu lieu dans le service universitaire (1927-1929) et se sont effectués de façon normale.

Les dernières règles datent du 9 août 1930. Elle a fréquenté la Polyclinique prénatale ; sur sa demande, elle est admise dans le service le 18 mai 1931.

Au palper, on sent, au détroit supérieur, un pôle dur, qui paraît très bien être la tête, mobile ; le plan résistant est à droite, les petites parties à gauche ; mais à droite, au bas du plan résistant, on reconnaît le coup de hache. Au toucher le col est long, la présentation très haute, mobile. Le bassin est normal. On fait une radiographie ; il s'agit d'une présentation de la face en M. I. G.

Durant une semaine la femme reste hospitalisée, allant et venant. Le 26 mai, rupture précoce et spontanée de la poche des eaux. Col long, présentation élevée. Le 27, au matin, la dilatation est de 4 centimètres, la face est engagée, mais la température est de 38°5 et le travail d'accouchement ne se poursuit

pas. On décide de recourir à la méthode de Watson. A midi, accouchement spontané d'un enfant du sexe féminin pesant 3.800 gr.

Le bassin de la parturiente était normal ; les deux premiers accouchements avaient d'ailleurs été absolument physiologiques.

Du côté fœtus nous avons voulu voir si la colonne cervicale n'était le siège d'aucune malformation ; plusieurs radiographies ont montré que rien de ce côté ne pouvait expliquer la déflexion primitive de la présentation.

Obs. IV. (BROUHA, WÉRY et KRIDELKA).

Secondipare de 26 ans, dont les antécédents ne présentent pas d'intérêt.

En 1931, elle a accouché spontanément d'un enfant normalement constitué. Elle n'a pas eu de fausse couche. Les dernières règles datent du 12 novembre 1932. Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus fin mars 1933.

La gestante a suivi la consultation prénatale à la Maternité. Le 16 août 1933, la hauteur utérine est de 36 centimètres. Au détroit supérieur, on perçoit une grosse partie dure, mobile, mais qui ne paraît pas avoir la régularité d'un sommet. Le plan résistant est à gauche, les petites parties à droite. Le maximum des bruits du cœur fœtal est nettement à droite. Les mouvements fœtaux sont parfaitement perceptibles.

On pense à une présentation de la face, mais c'est en vain qu'on cherche le coup de hache classique. Au toucher, le col est long, la présentation haute n'a pas la régularité d'un sommet fléchi. Le bassin est normal. On fait une radiographie : il s'agit d'une M. I. D.

Le 18 août 1933 (matin) apparaissent les premières douleurs. A midi, les douleurs sont plus intenses et plus régulières. La femme entre à la Maternité. Dès son arrivée, la femme déclare que, depuis le moment où fut effectuée la radiographie, soit le 16, à 11 heures, elle ne perçoit plus les mouvements fœtaux. L'auscultation ne permet pas d'entendre les bruits du cœur fœtal. La dilatation est de 8 centimètres, poche des eaux intacte ; il s'agit d'une M. I. D. P. A la rupture de la poche des eaux, le liquide amniotique qui s'écoule est fortement teinté de méconium.

La rotation s'effectue aisément et, à 13 h. 30, la femme accouche spontanément d'un enfant mort pesant 3.450 grammes. Le cordon était enroulé en circulaire autour du cou. Délivrance normale.

A l'examen de l'enfant, on constate que, en plusieurs endroits, l'épiderme est soulevé sous forme de bulles. La mort ne remonte cependant pas au delà de 50 heures.

Obs. V. (M. GUÉNIOT).

La nommée T..., 21 ans, est admise le 19 février 1933 dans mon service, où je la fais entrer en vue de

faire radiographier son utérus gravide à cause du gros volume de celui-ci et de l'impossibilité où je suis, par l'exploration clinique ordinaire, d'affirmer s'il y a seulement hydramnios ou s'il y a grossesse gemellaire.

C'est une primigeste dont les dernières règles datent du 26 mai au 2 juin 1932, et qui serait donc encore à plusieurs semaines du terme. Son utérus volumineux remonte jusqu'à 41 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne ; on y sent une tête très mobile dans un excès de liquide manifeste ; l'excavation pelvienne est vide et le bassin légèrement rétréci : promontosous-pubien : 10 cent. 6.

La radiographie, faite le 20 février, montre un seul fœtus, mais nous avons la surprise de constater qu'il se présente par la face, la tête en déflexion, avec une très forte incurvation lordotique de la colonne vertébrale. Cela nous surprend d'autant plus que la tête est très élevée, bien au-dessus du détroit supérieur avec lequel elle n'est pas en contact, et comme suspendue à distance de lui dans un excès de liquide où elle est très mobile : on ne saurait donc ici attribuer au rétrécissement du détroit supérieur l'origine de cette présentation de la face, et j'émet alors la supposition que cette attitude vicieuse de la tête est probablement due à une tumeur du cou du fœtus amenant la déflexion de la tête. C'est la même opinion qu'émet notre éminent collègue le Professeur Couvelaire, à qui j'adressai un matin cette gestante quelque

temps après pour servir de thème à une de ses intéressantes discussions d'observations cliniques.

Une seconde radiographie, faite le 27 février, montra la persistance de cette attitude du fœtus et de cette présentation. Et il en fut de même dans une troisième radiographie le 17 mars. A ce moment, l'hydramnios ayant très notablement diminué, on sentait fort bien au palper la tête en attitude de déflexion et se maintenant toujours au-dessus du détroit supérieur sans contact avec lui.

Le travail débute le 23 mars, à 5 heures. A 11 h. 20, le col est dilaté comme une ancienne pièce de 5 francs. on constate une poche des eaux volumineuse, la tête reste mobile au-dessus du détroit supérieur. A 13 h. 25, rupture spontanée de la poche des eaux, liquide teinté de méconium, mais les bruits du cœur sont bons ; la face s'applique au détroit supérieur en M. I. G. A.

A 18 heures, la dilatation est complète, la tête est à la partie moyenne de l'excavation en M. I. G. A. Me trouvant dans mon service à ce moment, je pratique un toucher profond pour rechercher la tumeur cervicale que nous pensons exister et me rendre compte des difficultés qui pourraient en résulter pour l'accouchement. Dépassant avec mes doigts le menton du fœtus, j'explore le cou et je constate que je n'y sens aucune tumeur.

La fin de l'expulsion se fit d'une façon un peu précipitée, la tête se dégageant spontanément en M. P. à 19 h. 30. Fille vivante pesant 3.750 grammes.

Délivrance naturelle complète, une demi-heure plus tard. L'enfant ne présentait pas de tumeur cervicale et une radiographie faite quelques jours après la naissance ne révéla pas d'anomalie vertébrale. L'attitude de déflexion disparut rapidement.

Obs. VI. (FLEURENT).

Madame S..., primipare, 23 ans, a été amenée dans le service quelques jours avant le terme de sa grossesse après qu'elle a eu en trois heures, six attaques d'éclampsie. Elle est dans le coma, a des œdèmes très forts des deux jambes, de la peau de l'abdomen et surtout de la vulve, de sorte qu'il n'est pas possible de pratiquer un examen vaginal. Comme le travail n'a pas encore commencé — on ne constate aucune contraction utérine — qu'elle se trouve dans le coma, qu'elle a un pouls petit et accéléré, je me décide, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, à interrompre la grossesse par une section césarienne basse. L'opération est typique, j'obtiens un enfant vivant. Après avoir enlevé le placenta, je fais un passage aux lochies en dilatant avec le doigt le canal du col qui est fermé. Les suites ont été bonnes. Trois semaines plus tard la femme rentre guérie et bien portante avec son enfant.

En examinant l'enfant après l'opération, je constate qu'il a une dolichocéphalie prononcée, ainsi qu'une attitude très nette de déflexion. Le crâne est

très allongé et présente un développement long de sa partie postérieure. L'attitude est celle d'un enfant qui aurait passé par la filière du bassin en position face.

D'après la forme et l'attitude de l'enfant, ce dernier ne pourrait se présenter à l'accouchement qu'avec la face ; nous avons donc ici, sans aucun doute possible, un cas de présentation primitive de la face à la fin de la grossesse avant tout début de travail.

DIAGNOSTIC

A. — Diagnostic positif

Le diagnostic des présentations de la face sera fait au cours de la grossesse si le palper fait sentir une présentation céphalique avec ses caractères particuliers :

— le sinus de la nuque, perçu au-dessus du côté correspondant à l'occiput, et séparant la tête du dos ;

— une saillie en fer à cheval, constituée par le maxillaire inférieur, du côté opposé à l'occiput.

Le toucher vaginal, malgré l'élévation de la présentation, pourra faire reconnaître, à travers le segment inférieur très aminci :

— la suture inter-coronale ;

— la racine du nez flanquée de chaque côté par les arcades orbitaires ;

— la pyramide nasale, terminée à sa base par deux orifices symétriques, les narines ;

— l'arc maxillaire.

L'examen radiologique viendra lever les doutes, en montrant la tête fœtale défléchie.

B. — Diagnostic différentiel

Au palper, il sera très difficile, pour ne pas dire impossible, de différencier une présentation de la face d'une présentation du front.

Le toucher vaginal pourrait permettre de reconnaître :

- les deux bosses frontales séparées par la suture interfrontale ;

- la fontanelle bregmatique, qui occupe le centre du bassin ;

- en arrière de cette fontanelle, la partie antérieure de la suture sagittale ;

- près des bosses frontales, le nez, les orbites, les globes oculaires.

Faire le diagnostic de présentation céphalique défléchie, pendant la grossesse, est d'une importance capitale : on ne sera pas tenté de prendre, au cours du travail, une présentation du siège décomplété, mode des fesses, pour une présentation de la face, ou inversement.

PRONOSTIC

Nous avons vu que, jusqu'au début du xix^e siècle, le pronostic des accouchements par la face était considéré comme foncièrement défavorable, et qu'à la suite des travaux de Madame Lachapelle (1821) le pronostic était devenu meilleur. Les accoucheurs du siècle dernier n'ont pas manifesté envers les présentations de la face, une crainte aussi intense que celle des anciens.

Actuellement, une présentation de la face doit être surveillée attentivement ; l'accouchement se termine spontanément le plus souvent. Sa gravité est conditionnée principalement par l'engagement de la face et la rotation du menton d'arrière en avant.

Nous étudierons successivement le pronostic maternel et le pronostic fœtal :

I. — Pronostic maternel

Le pronostic maternel est bon, et ne diffère guère de celui des présentations du sommet. Cependant, il faut noter que le travail est plus long et plus pénible, que les interventions sont plus fréquentes : forceps, versions podaliques, césariennes, basiotripsies, cranio-

clases et symphyséotomies sont plus souvent indiquées que pour des présentations du sommet.

En dehors de toute intervention il peut se produire des traumatismes génitaux : Paul Guéniot et Suzor ont rapporté un cas de rupture utérine. Il existe parfois des déchirures du vagin, généralement incomplètes.

La longueur du travail, la rupture précoce ou prématurée de la poche des eaux peuvent entraîner des infections maternelles.

Chevalier, dans sa thèse, cite trois cas d'infection puerpérale légère, sur 50 accouchements par la face.

Pery, dans sa thèse, cite deux cas d'infection amniotique non mortelle, trois cas d'endométrite avant le dixième jour, et une phlébite des suites de couches, peu grave et guérie elle aussi.

II. — Pronostic fœtal

Le pronostic fœtal n'est pas aussi parfait que le pronostic maternel.

En dehors des causes habituelles de la mortinatalité, il faut incriminer dans les présentations de la face :

— les compressions du cordon qui, enroulé autour du cou, peut être comprimé entre le dos et l'occiput ;

— la gêne de la circulation cérébrale due à l'hyperextension de la tête fœtale (Professeur Jeannin).

— les interventions, et principalement les applications de forceps.

En dehors des causes dues à l'accouchement, on peut voir des fœtus mourir dans les premiers jours à la suite d'accidents infectieux tels que broncho-pneumonie ou infections cutanées généralisées.

Le pronostic fœtal, aussi bon que dans la présentation du sommet pour les mento-antérieures, devient nettement plus défavorable pour les mento-postérieures : les différents auteurs classiques estiment que la mortalité atteint de 10 à 15 pour 100 !

Mais il faut remarquer que, parmi les présentations de la face, les présentations primitives sont les meilleures, parce qu'elles sont franches. La déflexion est complète avant tout début de travail. Elles ne proviennent pas, comme les secondaires, d'une présentation mal définie au cours de la gestation, d'une tête plus ou moins défléchie qui aurait pu se présenter par le front et qui ne se défléchira finalement en face qu'aux premières contractions du travail. Cette déflexion, par là-même, pourra être plus ou moins complète. Au contraire, dans les présentations primitives, la déflexion de la tête, franche dès la grossesse, présente à l'engagement les diamètres les plus réduits de la présentation.

Il y a donc moins de chances pour que la face, après s'être engagée de la façon la plus favorable, soit ensuite gênée dans sa rotation indispensable de descente et de dégagement.

THERAPEUTIQUE

Actuellement la conduite à tenir en présence d'une présentation de la face est guidée par la marche de l'accouchement.

Nous diviserons cette étude en deux parties :

I. — Conduite à tenir avant le travail ;

II. — Conduite à tenir au cours du travail.

I. — Conduite à tenir avant le travail

Pour que l'accouchement soit possible, il est nécessaire que le menton vienne sous la symphyse. Alors seulement la tête fœtale pourra descendre puis se dégager par flexion.

Parfois cette rotation de la face en avant, rotation qui doit se faire à la partie haute de l'excavation pelvienne, est impossible parce que sa déflexion est insuffisante : il faut alors intervenir, sinon la face reste enclavée. Pour éviter ce risque, certains accoucheurs ont proposé d'essayer la transformation de la face en sommet avant le début du travail.

a) MANŒUVRE DE SCHATZ : par l'intermédiaire de la paroi abdominale on soulève les épaules du fœtus pour mobiliser la tête :

— une main appuyée sur l'occiput le pousse vers

le plan antérieur du fœtus pour essayer d'obtenir la flexion de la tête ;

— un aide repousse le siège vers le bas pour essayer de fixer et d'engager le sommet.

b) MANŒUVRE DE FRISTSCH : consiste à faire coucher la femme en décubitus latéral, du côté où se trouve dirigée l'obliquité utérine.

Ces deux procédés se sont révélés inefficaces, le premier pouvant parfois être dangereux. Ils sont à déconseiller, car ils risquent de transformer une présentation relativement eutocique en une autre, plus dystocique : la présentation du front.

De plus, ils ont d'autant moins de chances de réussir qu'il s'agit d'une présentation primitive, et ils sont d'autant moins indiqués que la face est plus franche.

II. — Conduite à tenir pendant le travail

Deux cas sont à considérer :

A) La face est au détroit supérieur ;

B) La face est engagée.

A) LA FACE EST AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

Certains auteurs ont proposé d'essayer à ce moment la transformation en sommet.

BAUDELOCQUE a proposé d'introduire une main dans l'utérus dès que le permet la dilatation, d'empaumer l'occiput et de lui imprimer un mouvement de bascule vers le bas.

PINARD a proposé une manœuvre mixte : la femme étant en position obstétricale, la main ou deux doigts sont appliqués sur la fontanelle antérieure. L'autre main, à l'extérieur, par l'intermédiaire de la paroi abdominale prend contact avec l'occiput et cherche à le fléchir, tandis que la main interne refoule la région frontale de bas en haut. Pour réussir, Pinard recommande d'exercer des pressions non seulement dans le sens vertical, mais encore dans le sens transversal, les deux mains agissant en sens inverse, et de façon à diriger le menton en avant.

THORN utilise des manœuvres complexes, dérivées de celles de Schatz : il y ajoute des tentatives d'incurvation du fœtus par pression sur la poitrine et sur le siège.

Toutes ces manœuvres sont inutiles et dangereuses. Pour des résultats aléatoires, elles exposent à de graves complications : la possibilité de rupture du segment inférieur, dont on connaît la gravité, l'infection amniotique, les procidences, et risquent de déterminer des mouvements respiratoires prématurés.

Il faut donc attendre. Le but est d'atteindre la dilatation complète pour pouvoir faire une version par manœuvres internes qui paraît être l'opération de choix dans ces circonstances, mais dont il ne faut pas méconnaître les difficultés, car le fœtus est tout entier en hyperextension, la main interne, ventrale sur le fœtus, doit faire un long trajet pour aller chercher les pieds très au loin, au fond utérin. De plus, quand

les pieds auront été saisis, on pourra éprouver certaines difficultés pour fléchir ce fœtus étendu et le faire évoluer.

Il faudra donc agir avec encore plus de prudence, de douceur et de lenteur que lorsqu'on pratique cette version podalique pour toute autre indication.

Si l'enfant souffre avant la dilatation complète, ou bien on pourra compléter cette dilatation et la méthode de Delmas semble indiquée dans ce cas — mais la contracture utérine pourra gêner la version ; ou bien, dans quelques cas rares, on pourra envisager une césarienne basse.

B) LA FACE EST ENGAGÉE.

1° Si le travail est normal, si la rotation se fait, il faut attendre ; le plus souvent l'accouchement se fait seul ;

2° Si la rotation ne se fait pas :

Il faut savoir n'intervenir que si le fœtus souffre, car parfois une face peut rester sans progresser un certain temps, pour finalement tourner d'elle-même. Plus la face est descendue dans le bassin, moins elle a de chances de tourner.

Différentes manœuvres ont été proposées pour tenter une rotation manuelle de la tête fœtale immobilisée en mento-postérieure : ce sont les manœuvres de Madame Lachapelle, Volland, Reed et Huterberger. On peut les essayer, car elles permettent de voir si la face est enclavée ou non. Elles ne réussissent que dans les cas très favorables.

Il reste alors :

a) Le forceps : il est mauvais, car il prend la tête suivant un mauvais axe; il va la fléchir, donc l'enclaver. Il faut s'en servir avant tout pour la rotation : il ne faut pas tirer, mais tourner, ou tirer après que la rotation ait été réalisée ;

b) La symphyséotomie, préconisée par Rossier et Le Lorier, paraît être une opération très logique ;

c) La césarienne basse, malgré la sécurité qu'elle procure, ne pourra être que rarement envisagée, car son heure sera souvent passée.

CONCLUSIONS

I. — Les présentations primitives de la face ne sont pas exceptionnelles ; mais méconnues pendant la grossesse, elles sont considérées comme secondaires au cours de l'accouchement.

II. — Si l'examen clinique peut permettre de présenter une présentation de la face, la radiographie en affirmera la réalité.

III. — Les présentations primitives de la face s'observent chez des femmes normales, accouchant d'enfants normaux. Dans l'étiologie de ces présentations nous retiendrons particulièrement l'obliquité utérine et l'extension physiologique de la tête du fœtus.

IV. — Le diagnostic positif se fera sur la constatation des caractères particuliers du pôle céphalique défléchi ; la radiographie confirmera cette présentation, et à la fin de la grossesse pourra nous en indiquer la variété.

V. — Le pronostic maternel est bon : si la morbidité est plus élevée que pour les présentations du sommet, la mortalité peut être considérée comme

nulle. Le pronostic foetal est moins favorable. Parmi les présentations de la face, les présentations primitives sont les meilleures.

VI. — La conduite à tenir sera guidée par la marche de l'accouchement ; il y aurait intérêt à étendre, à certaines anomalies de l'expulsion du fœtus, les indications de la césarienne basse et de la symphyséotomie.

Vu :

LE DOYEN,

ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer .

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AGUERO. — Archivas de Medicina. (*Cirurgia y Especialidades, mars 1934.*)
- ANDERODIAS. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1922.
- ARCELIN. — Radiographie de la grossesse. (*Lyon Médical*, 1924.)
- BAR. — Leçons cliniques, 1909.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — *Pratique de l'Art des accouchements.*
- BARTOLI. — Trois accouchements successifs en présentation de la face chez la même malade. (*Thèse Lyon*, 1919.)
- BLANCHE. — *Paris Médical*, 1927.
- BRINDEAU. — *Journal des Praticiens*, 1933.
- BROUHA, WÉRY, KRIDELKA. — *Liège Médical*, 1934.
- CHEVALIER. — Etude statistique des présentations de la face à la Clinique Tarnier de 1900 à 1910. (*Thèse Paris*, 1910.)
- COURNOL. — Contribution à l'étude de la présentation de la face (1897).
- COUVELAIRE. — Dans pratique Médico-Chirurgicale.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement.
- DUNCAN. — *Research in Obstetric*, 1868.
- FABRE et RHEUNTER. — *Bulletin Soc. Obst. et Gynécol.*, 1914.
- FAVREAU. — *Journal Obst. et Gynécol. pratiques*, 1931.
- FLEURENT. — *Bull. Société Obst. et Gynécol.*, 1928.
- GUÉNIOT. — *Bull. Société Obst. et Gynécol.*, 1934.

GUÉNIOT et SUZOR. — *Bull. Société Obst. et Gynécol.*, 1926.

JEANNIN. — Conférences d'accouchement.

LACHAPELLE (Mme). — *Pratique d'Accouchement*, 1821.

MICHELON. — *Etude pratique du radio-diagnostic fœtal.*
(*Thèse Lyon*, 1927).

PERY. — *Les présentations de la face et leur traitement.*
(*Thèse Bordeaux*, 1935.)

PETITJEAN. — *Etude statistique concernant les cas de
présentation de la face ayant eu lieu à la Clinique
Baudelocque.* (*Thèse Paris*, 1904.)

PINARD. — *Traité du palper abdominal.*

ROSSIER et LE LORIER. — *Gynécol. et Obst.*, 1925.

SUREAU (M.), WALTHER (P.) et MAHIVAT. — *Bull. de la
Société Obst. et Gynécol.*, 1936.

TRILLAT. — *Société Obst. et Gynécol.* Lyon, 1931.



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

•• •• IMPRIMEURS-ÉDITEURS •• ••

•• 42, QUAI GAILLETON, 42 ••

•• •• 20 •• LYON •• •• ••



